

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

192

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} février 1900, à 1 heure.

Par L. PICAUD

Né à Josselin (Morbihan) le 11 janvier 1875.

LUMBAGO ET RHUMATISME SPINAL

Essai sur la pathogénie du lumbago

— ** —

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.
ROGER et TEISSIER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

192

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

(Témoignage de sincère reconnaissance).

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
LIBRE DE LILLE

A MES MAITRES DANS LES
HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de lumbago au cours de nos études médicales. A propos de l'un d'eux, nous avons entendu notre maître, M. le Docteur Faisans, émettre cette opinion que le lumbago était parfois autre chose qu'un rhumatisme musculaire : que les méninges ou la moelle étaient parfois en cause. Rapprochant nos observations de quelques autres puisées dans des travaux antérieurs, et malgré les difficultés à s'orienter au milieu d'affections médullaires, toutes semblables par les symptômes, mais diverses par leurs causes, nous avons cherché dans cet ordre d'idées à tirer quelques conclusions générales. Puisse l'incertitude qui règne sur ces questions excuser les lacunes et les imperfections de notre travail.

Nous remercions M. le professeur Debove de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LUMBAGO ET RHUMATISME SPINAL

Essai sur la pathogénie du lumbago

HISTORIQUE

Le mot « *lumbago* : *lumbi lombes*, αλγος douleur » signifie : douleur lombaire ; et comme de nombreuses affections s'accompagnent de douleurs lombaires ; de nombreuses controverses se sont élevées à propos de la nature et du siège du lumbago.

Pour Hippocrate, des pertes sanguines ou spermaticques en sont la cause prédisposante.

Aurélianus décrit une affection qui présente tous les signes du lumbago mais sous le nom impropre de « *De Psoadicis* ».

Brouillet le fait débiter par la fibre tendineuse tandis que Bichat hésite entre la fibre tendineuse et la fibre musculaire.

« Les douleurs augmentent par la contraction musculaire, dit Chômel ; elles s'apaisent par le repos ; donc

le mal siège dans le muscle et il l'appelle « myorhumatisme ».

« De nombreuses observations nous ont montré, conclut Bouillaud, qu'il affecte d'abord le tissu cellulaire intermusculaire; de là il se propage, envahissant la fibre musculaire et les parties profondes. »

Andral place le siège anatomique du lumbago dans les enveloppes de la moelle.

Feulard (1848) étudie plutôt les cas survenus à la suite d'efforts violents; il les fait dépendre d'une rupture ou d'une distension brusque de l'appareil ligamenteux sacro-lombaire.

Rapportant les idées de Moreau de Tours, et se basant sur les analogies qui existent entre le lumbago et les névralgies au point de vue du caractère de la douleur et du traitement, Luquet (Thèse de Paris 1848) en place le siège dans les nerfs périphériques.

C'était aussi l'opinion de Charles Roches et Foucart (*Gazette Médicale*).

Plus récemment, Roussel 1867, donne également au lumbago une origine nerveuse. Il n'est que le premier terme d'une série d'affections qui débutant par les filets nerveux des muscles des lombes, en passant par la simple congestion des enveloppes médullaires, aboutit à la myélite.

En Angleterre, Lawson (*Brachialgia, Sciatica and Lumbago*, London 1872) étudie les rapports du lumbago et de la sciatique.

Enfin dans un important mémoire A. Robin et P. Londe assimilent le lumbago au torticollis. Ils les font

dépendre, le premier d'une arthrite de la région sacro-iliaque et des articulations intervertébrales, le second d'une arthrite cervicale. Lamy (thèse de Paris 1894-1895) apporte de nombreuses observations à l'appui de cette thèse.

Elle est d'ailleurs partagée par Hutchinson en Angleterre. « Ce n'est pas dans les muscles, dit-il, que siège la douleur : cent sujets m'ont indiqué la région sacrée comme en étant le siège ; et c'est principalement au niveau des articulations sacro-iliaques qu'elle est le plus manifeste (*Archives of Surgery* avril 1897). »

Edgeworth au contraire admet trois sortes de lumbago : myalgie rhumatismale ; névralgie rhumatismale, lumbago d'origine rénale avec hyperacidité de l'urine.

ÉTIOLOGIE

La cause déterminante du lumbago, c'est ordinairement le froid et surtout le froid humide : aussi est-il plus commun dans les saisons froides et humides.

Certaines causes générales y prédisposent : le rhumatisme, la goutte, les variations de température ; les professions qui exigent des mouvements répétés de flexion et d'extension du tronc ; la vie en plein air : ce sont les cultivateurs, les marins, les boulangers... qui en sont le plus atteints. Mais il y a des exceptions nombreuses. Tel a subi sa première attaque de lumbago au lever du lit, dans son cabinet de travail, ou en plein été.

Les maladies débilitantes, les tempéraments nerveux et délicats y prédisposeraient aussi. Cependant le lumbago est rare chez les femmes. Il serait toutefois assez commun chez elles dans certains pays où elles prennent part aux travaux pénibles des hommes.

Dans certain nombre d'observations, une émotion brusque : la mort d'un parent, le succès d'un examen, est notée comme cause première de cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE

Rarement il ya des prodromes : céphalalgie, malaise, accélération de la respiration, fièvre. C'est brusquement que la douleur débute.

Un mouvement en est l'occasion : non pas un mouvement brusque ou forcé ; mais le plus souvent insignifiant : le fait de se lever, de soulever un fardeau peu pesant.

D'autres fois c'est en serrant la main, en montant en voiture (cas d'Hutchinson), à l'occasion d'un déplacement léger ou même au repos, que la douleur éclate.

Cette douleur a des caractères spéciaux. Tout au début elle est lancinante : elle traverse comme un éclair la région des lombes, laissant après elle une sensation pénible d'endolorissement. Au moment où elle le frappe, elle immobilise le malade dans la position où il se trouve, en même temps qu'elle lui arrache un cri de douleur.

Elle est profonde et il n'y a pas d'hyperesthésie de la peau.

La pression l'augmente peu, dans certains cas même elle la calme.

Cependant tous les auteurs décrivent des points douloureux spéciaux : ce sont la crête épineuse lombaire

et sacrée pour les uns... les gouttières vertébrales pour d'autres ; pour un certain nombre, les espaces inter-épineux et l'interstice sacro-iliaque, la face postérieure du sacrum.

De fait, si l'on commande à un malade de porter la main dans la région atteinte, il désigne tantôt l'un, tantôt l'autre de ses points, mais souvent aussi toute la région indistinctement.

Cette douleur éclate au moindre mouvement. Debout, le malade marche courbé en avant : il ne peut se baisser jusqu'à terre pour relever un objet ; et quand il se relève il pousse un cri de douleur.

Au lit il ne peut ni se tourner, ni s'asseoir, il craint même de tousser. « Tant qu'il est au repos, dit Hutchinson, son ennemi dort ; mais le repos doit être absolu ».

Ajoutons que cette douleur s'exaspère fréquemment vers le soir ; c'est là un point qui lui est commun avec la névralgie (Moreau, Luquet). Enfin elle aurait, même dans les cas légers, un caractère particulièrement agaçant, qui influe fâcheusement sur le caractère du malade.

Aucun signe objectif n'existe à l'examen local. Il n'y a pas de gonflement ; pas de rougeur ni de chaleur.

Les phénomènes douloureux n'ont pas toujours cette acuité : ils sont assez légers parfois pour permettre de vaquer aux occupations ordinaires. Cela est surtout vrai quand le malade a déjà subi plusieurs attaques de son mal.

Complications : Il est impropre peut-être d'appeler complications des phénomènes qui ne sont sans doute que les effets d'une même diathèse. Dans tous les cas, nous avons noté dans de nombreuses observations la présence de névralgies diverses coïncidant avec le lumbago ou lui succédant : sciatiques, douleurs dans la zone d'innervation du plexus brachial, pleurodynie, » odontalgie même. Nous parlerons tout au long des troubles médullaires qui peuvent apparaître au cours de cette affection. Notons aussi la coexistence ou la succession fréquente des localisations articulaires.

MARCHE, DURÉE, PRONOSTIC

Généralement le lumbago atteint toute son acuité du premier coup ; il peut durer quelques jours, quelques semaines, puis disparaît ; brusquement, dit-on dans quelques cas, plus souvent peu à peu, laissant après lui une légère raideur.

Un fait remarquable est la fréquence des rechutes. Le lumbago est une maladie à répétitions. Tel malade n'a qu'une attaque dans sa vie. Tel autre se porte bien pendant la plus grande partie de l'année, qui chaque printemps est repris pendant un mois de son lumbago.

Disons enfin que l'on a décrit un lumbago chronique qui serait parfois accompagné d'une atrophie des muscles de la région. Silencieux pendant la belle saison, il se manifesterait surtout pendant les mois froids et humides. Le lumbago chronique semble aussi rare que le lumbago unilatéral.

PATHOLOGÉNIE

Peu d'affections ont une origine plus controversée. Tous les plans anatomiques de la région lombaire ont été incriminés tour à tour. Cela ne semblera pas étrange si l'on considère le grand nombre de maladies qui peuvent s'accompagner de douleurs lombaires. Réservant le nom de lumbago aux cas où cette douleur, avec les caractères que nous lui avons décrits, est tellement considérable qu'elle semble constituer toute l'affection, nous trouvons pour l'expliquer, deux théories plus généralement admises aujourd'hui.

1° Le lumbago est un rhumatisme musculaire.

2° Le lumbago, tout comme le torticolis n'est que le symptôme d'une arthrite de voisinage d'origine rhumatismale.

Que chacune de ces théories répondent à un certain nombre de cas, c'est possible, mais nous ne pensons pas qu'elles les expliquent tous. Reprenant une vieille opinion déjà soutenue par Andral, nous essaierons d'établir que bien souvent le lumbago est sous la dépendance d'une affection de la moelle ou de ses enveloppes. En nous basant sur la clinique, car dans une maladie aussi bénigne, l'anatomie pathologique fait défaut, nous chercherons à déterminer en quoi consiste

cette affection, puis quelle en est l'origine. Amené à étudier les localisations médullaires du rhumatisme, nous continuerons en étudiant le rhumatisme spinal dont le lumbago n'est peut-être en fin de compte qu'une manifestation légère ; puis dans un court paragraphe, nous passerons en revue les affections qui peuvent surtout être confondues avec le lumbago, enfin nous terminerons en exposant les modes de traitement les plus employés contre cette affection.

OBSERVATION I (personnelle).

Homme, teinturier, 58 ans, entré le 10 février 1898, salle Piorry, service de M. le Docteur Faisans.

Il entre pour de violentes douleurs dans la région lombaire et parce qu'il ne peut marcher.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort fou, il ignore de quelle maladie est morte sa mère.

Antécédents personnels. — Il a eu la chaudepisse à deux reprises : actuellement pas de blennorrhée. Il n'aurait jamais eu la syphilis et s'est toujours bien porté. Le malade n'est pas alcoolique.

Il y a huit jours, à cinq heures du matin, il allume du feu avant de commencer son travail, puis s'assied : il ne peut se relever : une violente douleur lombaire vient de le saisir brusquement.

Depuis 15 ans, le malade a éprouvé à plusieurs reprises la même douleur : ces crises ont été qualifiées de lumbago. La dernière a duré 15 jours et il a dû interrompre son travail.

Cette fois la douleur dure depuis huit jours : hier il a été pris d'élancements douloureux dans les jambes, et il se décide d'entrer à l'hôpital.

Nous examinons le malade.

A la région lombaire ni douleur, ni chaleur.

La pression réveille une douleur plutôt sourde sur les apophyses épineuses des dernières lombaires, cette douleur existe aussi dans les gouttières vertébrales.

Le malade se plaint quand on le fait asseoir.

Nous examinons la région fessière et la face postérieure des jambes.

Les points du sciatique existent ; mais si l'on cherche ailleurs on trouve une foule d'autres points : c'est même la zone d'innervation des sciatiques qui est la moins douloureuse.

La douleur existe sur les parties latérales du tronc, sans qu'il y ait une véritable douleur en ceinture.

Les réflexes cutanés semblent augmentés.

Les réflexes tendineux sont très exagérés ; les muscles des jambes entrent en spasme au moindre contact : mais pas de contracture.

On commande au malade de lever la jambe : il ne peut le faire, mais il est difficile de savoir si la douleur l'empêche ou s'il y a véritable impotence.

On aide le malade à se tenir debout : il ne peut marcher et se soutient au lit : s'il essaie de marcher, il chancelle et il faut le soutenir. Le malade n'a uriné qu'une fois depuis hier midi, ce matin, et encore avec beaucoup de peine. Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Il est constipé surtout depuis trois jours, il semble que cette constipation ne tienne pas seulement à la douleur car au début de sa maladie, il allait à la selle, mais au prix de vives souffrances dans la région lombaire.

Il y a un peu de fièvre : la température matinale donne 37°8.

Nulle part d'œdème ou de troubles trophiques.

Examen-général. — Le malade tousse un peu chaque hiver, il a eu à plusieurs reprises des crachats striés de sang : En arrière et à gauche, respiration rude, légère obscurité du son, et quelques râles sous-crépitants secs après la toux : le malade n'a pas maigri et son appétit est resté bon : ce sont là des lésions qui dorment.

Dans le cou et dans l'aîne, quelques ganglions durs, mobiles, non douloureux : une sorte de pléiade, mais le malade se défend d'avoir jamais eu la syphilis, rien au cœur ni au foie.

Le malade est mis au régime lacté ; ventouses sur la région lombaire ; exonération du tube digestif.

Le 19 février nous le revoyons.

A aucun moment il n'a eu de rétention complète ni d'incontinence : la difficulté pour uriner a duré quelques jours mais aujourd'hui il urine plusieurs fois par jour et sans difficulté : il existe cependant encore de vives douleurs dans la région lombaire et il y a toujours de la constipation, le malade se soutient sur ses jambes, au lit il les lève plus facilement.

Le 28 février. — Il se lève sur son séant, et marche dans la salle : il parle de bientôt reprendre son travail, cependant il y a encore de la douleur dans la région lombaire et des élancements dans les jambes. Ces phénomènes vont en s'atténuant graduellement. Nous le perdons de vue dans la deuxième semaine de mars, époque où il quitte l'hôpital complètement guéri.

Ainsi voilà un malade qui a fait depuis quinze ans plusieurs atteintes de lumbago. Il est pris une dernière fois de ces douleurs qu'il connaît si bien que lui-même fait son diagnostic. Au bout de quelques jours voilà que ces douleurs se généralisent : aux parties latérales du tronc, aux jambes ; puis d'autres symptômes surviennent : gêne pour uriner, semi-paraplégie ; hyperesthésie de la peau ; exagération des réflexes, spasmes.

Il y a là plus que de la sciatique. Les méninges ou la moelle sont évidemment atteintes : Est-ce une méningite, une myélite au vrai sens du mot : tous ces troubles existent dans ces deux affections. Nous discuterons cette question bientôt, disons tout à l'heure que nous croyons plutôt à une simple congestion spinale, le lumbago du début n'étant en tous cas que le symptôme de l'irritation des racines postérieures :

Un fait à noter c'est l'absence de rhumatisme dans les antécédents du malade. Mais cet homme est un teinturier, et il aurait fréquemment, nous dit-il, les pieds nus sur un pavé humide. Sa profession n'est sans doute pas étrangère à ces attaques réitérées de lumbago.

OBSERVATION II (*in* thèse de Roussel) résumée.

L... C... de Vienne : se trouve possesseur à 28 ans d'une fortune considérable. Il se lance dans la plus joyeuse société de cette ville de plaisir et dissipe rapidement une partie de sa fortune et de sa santé.

D'abord robuste et sanguin, il est devenu impressionnable

et nerveux : plusieurs fois il a souffert de douleurs lombaires que les médecins de Vienne qualifiaient de (*leudenschmerz*) lumbago insignifiant.

En 1858, il vint à Paris à l'époque du carnaval et se livra au plaisir à cœur joie : nouvelle attaque de douleur lombaire qui cette fois résiste au traitement ordinaire et devient de plus en plus aiguë : il s'y joint une faiblesse légère et un engourdissement des membres,

Il vint alors aux eaux d'Aix en Savoie : mais là s'amuse plus qu'il ne se soigne : Revenant d'une partie de plaisir, il est glacé la nuit sur une diligence par une pluie torrentielle : Il rentre à Aix avec une grande douleur et sa faiblesse augmentée.

En juin ; après avoir pris les eaux de L'Enfer peut être trop activement ; il est sur son lit souffrant horriblement des lombes, et presque paraplégique : Il y eut d'abord contraction puis relâchement du muscle vésical avec insensibilité partielle de la peau, et des contractions douloureuses des muscles des fesses et des cuisses.

On le faradise : L'électricité amène des contractions faciles dans les muscles paralysés et de la douleur à la peau.

Après un an de maladie, il vint à Divonne prendre les eaux froides : il y reste en été et en hiver ; puis à Halbsbräun où les eaux sont véritablement glacées. On lui applique tous les procédés principaux d'hydrothérapie.

Un rhumatisme général avec névralgies, n'épargnant pas les viscères se développe : La douleur lombaire diminue. La peau recouvre un peu de sensibilité. La force et le mouvement reparaissent dans les jambes.

Le rhumatisme cède, il ne reste que de la douleur musculaire et une anesthésie de la peau assez marquée.

Bientôt le malade sort de son lit qu'il n'avait pas quitté

depuis dix-huit mois ; et se promène avec des béquilles, puis une canne, il ne reste que de la douleur dans les lombes.

Il y a dans cette observation une gradation bien remarquable dans les symptômes : la première fois simple lumbago sans gravité ; puis lumbago avec faiblesse des jambes ; puis paralysie des membres inférieurs et de la vessie : ces lumbagos du début, cette parésie lors d'une seconde attaque, lors d'une troisième devenue paraplégie, ne sont-ils pas les symptômes de l'affection d'un même organe qui adultéré par de précédentes attaques, semble un peu plus atteint à chaque fois. Et cependant au début c'était un lumbago ordinaire sans caractère qu'on n'aurait pas manqué d'attribuer à un rhumatisme musculaire.

OBSERVATION III

(Griffoulher 1840).

Un domestique de 30 ans avait depuis l'âge de douze ans la cuisse gauche plus grêle et un peu plus faible par suite d'une douleur profonde qui y avait siégé à cette époque et s'était ensuite dissipée elle-même graduellement. Resté bien portant jusqu'au mois de mai 1839, il éprouva alors un violent lumbago avec exaspérations nocturnes très prononcées qui dura 3 semaines : Vers la fin de février 1840, les mêmes douleurs se reproduisirent et amenèrent au bout d'un mois une faiblesse graduelle dans les membres inférieurs. Bientôt la marche devint très difficile et impossible autrement qu'à l'aide de deux béquilles. Encore cette fois les exaspérations noc-

turnes du lumbago furent si vives que le malade ne pouvait se résoudre, malgré les grands froids, à rester dans son lit. Le traitement commença au milieu d'avril, 15 jours après la manifestation des premiers symptômes paraplégiques, par des ventouses scarifiées sur les lombes. On les répéta six ou sept fois et la douleur fut diminuée. Trois vésicatoires volants successifs sur la même région, des bains et des douches de vapeur, des fumigations aromatiques n'amenèrent aucun progrès. Un quatrième vésicatoire plus longtemps entretenu semble plus efficace, soulagea encore les douleurs lombaires et diminua la paraplégie. Cependant le 25 juin il restait encore des douleurs aux lombes, peu vives pendant le jour mais qui chaque nuit s'exaspéraient fortement ; la pression les augmentait ; les symptômes paraplégiques persistaient et semblaient depuis longtemps stationnaires. On passe aux bains sulfureux.

On donne la tisane de salsepareille et aussitôt l'amélioration fait des progrès .

Le 4 juin. — La marche est facile et sans appuiet le huit je le perds de vue. Il ne restait plus rien aux membres ; mais les lombes n'étaient pas encore entièrement débarrassées des douleurs musculaires qu'augmentait la pression, et qui jusqu'à ce moment avaient conservé leurs exaspérations nocturnes. Quatre jours auparavant s'était montré un point pleurodynamique très gênant à droite, lequel n'avait pas duré plus de deux jours et s'était passé de lui-même. Les bains sulfureux journaliers n'avaient pas été interrompus depuis le 4 juin,

Dans l'observation suivante les phénomènes médullaires se manifestent d'une façon différente.

OBSERVATION IV (personnelle).

Homme, 46 ans, voyageur de commerce, entre le 31 mai 1898, service de M. le Dr Faisans, Salle Piorry.

Jamais de maladies graves. En 1878 première attaque de lumbago qui a duré trois semaines.

En 1891, seconde attaque.

Le 22 mai dernier sans cause apparente, il a été pris des mêmes douleurs dans la région lombaire ; depuis quelques jours les douleurs s'irradient dans les jambes et les cuisses.

Examen du malade. — La pression réveille peu de douleur dans la région lombo-sacrée. Ce malade souffre peu au repos, mais plutôt quand il se retourne ou se lève.

Nous cherchons les points du sciatique.

Nous trouvons le point fessier et le point trochantérien. Le signe de Lasègue existe : tout cela des deux côtés. Nul autre point douloureux.

De plus le malade éprouve des crampes douloureuses dans les cuisses et les jambes ; ainsi qu'une sensation de douleur profonde dans les os de ces deux membres, il y a de l'hypéresthésie de la peau.

Nous faisons marcher le malade. Il marche courbé en deux et en gémissant.

Les réflexes sont exagérés.

Le malade urine facilement. Cependant, dit-il, le besoin est moins fréquent et moins impérieux.

Ni sucre ni albumine dans les urines. Elles sont d'abondance et de coloration normale : aucun symptôme de diabète.

Rien au cœur, foie, poumon et autres organes.

Aucun signe de mal de Pott ancien ou récent ; pas de tumeur du bassin ni des organes pelviens.

Nous ne trouvons pas les signes de l'alcoolisme chez lui, les crampes n'existent que depuis quelques jours. Cependant il boit beaucoup de vin blanc et quelques absinthes.

Les symptômes précédents ne se sont pas aggravés mais atténués au contraire.

Nous l'avons vu pour la dernière fois le 15 juin, époque où nous avons quitté le service. Il faisait quelques pas ; la dysurie avait disparu ; seule, aux points d'élection que nous avons cités, la pression réveillait une vive douleur.

Une question s'est posée ; ce malade qui boit beaucoup d'absinthes et de vin blanc, ne serait-il pas atteint de névrite alcoolique ? Les signes de l'alcoolisme (tremblements, cauchemars, pituites matinales, rêves professionnels) ; manquent ou sont peu accusés. Cela ne suffit pas toujours pour faire rejeter l'origine alcoolique d'une affection.

Il est certains cas de névrite alcoolique qui, comme dans l'observation citée, s'accompagnent de douleurs sur le trajet d'un nerf, d'hyperesthésie, de crampes avec soubresauts des tendons, sensation de douleur profonde au niveau des os, de déchirure au niveau des articulations.

Mais cette hyperesthésie qui survient en effet chez les buveurs de liqueurs aromatiques (absinthe, vulnéraire, mélisse) débute par les extrémités, envahissant symétriquement les membres inférieurs, puis le tronc ; elle prédomine au pli de l'aîne, à la plante des pieds,

à un point tel que le malade fuit parfois le lit avant que la main ne touche cette face plantaire.

L'évolution du mal est différente : après un temps parfois fort long, survient une paralysie spéciale (paralysie des extenseurs entraînant la démarche dite pseudo-tabétique) avec tout un cortège de troubles trophiques et vaso-moteurs, paralysie souvent incurable.

Rien de tel ici : Un fait important est que ce malade a déjà subi deux attaques antérieures de lumbago. Cette fois les sciatiques se prennent, et comme l'exploration la plus minutieuse des différents organes ne peut l'expliquer, que d'autre part l'hyperesthésie, l'exagération des réflexes dénotent une origine spinale : le diagnostic porté a été celui de congestion spinale bénigne ; chaque poussée correspondant à une attaque de lumbago.

OBSERVATION V (Thèse Roussel, 1863 observation I).

J. R..., vingt-cinq ans et demi, élève en médecine, grand, robuste. Aucun antécédent, vie très active. En 1860, comme chirurgien de marine, il fait une campagne à Terre Neuve et au Labrador : il y est soumis à l'humidité, au froid, à une pauvre nourriture. Il eut précédemment plusieurs attaques de douleurs lombaires, qu'on a désignées sous le nom de *lumbago*.

1^{re} attaque à l'âge de 13 ans, pendant la nuit de Noël : il était accroupi devant le feu à fondre des plombs ; au moment de se relever, il fut pris d'une telle douleur à la région lombaire qu'il retomba à moitié évanoui. — Cette douleur fut aussitôt suivie d'une semi-paralysie des jambes et d'une telle insensibilité de toute la moitié inférieure du corps qu'une cruche de grès chauffée tout près du feu et

remplie d'eau bouillante, appliquée sur la région lombaire y produisit une brûlure et une vaste phlyctène qui ne fut pas sentie.

Deuxième attaque à 17 ans : C'était à l'académie de Genève ; le professeur l'interpelle brusquement pour une sottise quelconque ; il veut répondre : quand soudain il pâlit, chancelle, ne peut ni se relever ni s'asseoir. Ses camarades l'emmenèrent chez ses parents, souffrant d'une manière horrible : cette attaque causée par une émotion violente et imprévue cède à l'application de trente ventouses sacrifiées sur la région lombaire. Après guérison de ces deux coups de feu il était aussi bien portant qu'auparavant.

Troisième attaque semblable, à 20 ans, puis à 23 ans, à Terre Neuve, sous l'influence du froid humide, cette fois accompagnée de sciatique.

Maladie actuelle, 25 ans.

Février 1862. — Lors de l'émotion causée dans le quartier des écoles par la fermeture des cours du professeur Renan au collège de France, il est arrêté avec une centaine de jeunes gens dans la rue. Il est enfermé à Saint-Sulpice dans un petit cachot sans fenêtres, grand tout au plus pour dix personnes : il y fut poussé lui vingt et unième.

Il lui fallut rester toute la nuit debout contre la porte, le visage près du guichet pour respirer, et éviter les émanations du baquet réglementaire. L'émotion, la fatigue, lui avaient déjà rappelé qu'il était l'ami du lumbago. Ce fut bien autre chose, quand le lendemain, écroué à la préfecture, il entra avec quarante-six autres jeunes gens, dans une salle de dépôt, bien assez grande celle-ci, mais avec fenêtres ouvertes en plein hiver.

Ils trouvèrent là trois matelas très étroits et une trentaine de couvertures tout aussi exigües : il conseilla aux plus âgés

de céder matelas et couvertures à de jeunes collégiens de 12 à 14 ans qui avaient la fièvre et pleuraient ; et il se coucha sur les dalles qu'on lavait à grande eau trois ou quatre fois par jour.

La quatrième nuit on le mit dehors, sur le quai, au grand air, le lumbago le reprit avec plus de rage que jamais et ce ne fut qu'appuyé sur le bras de deux de ses codétenus qu'il put regagner son domicile et s'y mettre au lit.

Mars. — Le sujet habite un entresol humide. Le lumbago persiste avec douleurs rhumatismales mobiles et variées. Sueurs nocturnes, fièvre irrégulière.

Traitement externe. — Bains russes, bains de vapeurs, massage, frictions, douches froides ; lotions froides au lit.

Traitement interne. — Granules de digitaline, poudre de Dower, Laudanum.

Avril. — Les accidents concomitants ont disparu ; la fièvre est devenue quotidienne vers six heures ; à ce moment la douleur lombaire redouble d'intensité pour céder un peu au stade de sueur. Mais une faiblesse et une hésitation des jambes qui duraient depuis l'invasion de la maladie augmentent de plus en plus : Il arrive à ne pouvoir qu'avec grande difficulté se lever et faire quelques pas.

Fin d'avril. — Le professeur Trousseau diagnostique un rhumatisme des enveloppes de la moelle : on lui applique un large vésicatoire, cause d'un érysypèle qui guérit au bout de quelques jours. La douleur lombaire a diminué.

4 mai 1862. — Etat général satisfaisant.

Station couchée. — Douleur au niveau des dernières vertèbres lombaires ; avec irradiations dans les membres inférieurs : élancements dans les aines, cordon spermatique et testicule gauche ; diminution des désirs et fonctions génésiques, quelques pertes pendant le sommeil, sans érection.

A la pression. — Pas d'exagération marquée de la douleur

au massage de la masse sacro-lombaire : mais point très douloureux à l'épine iliaque postéro-supérieure gauche. Deuxième point douloureux sur l'apophyse épineuse de l'avant dernière vertèbre lombaire et aux articulations des vertèbres entre elles et avec le sacrum.

Troisième point douloureux au coccyx : à la pression qui fait mouvoir l'articulation sacro-coccygienne. Ces douleurs irradient dans les muscles sans y siéger, car elles se réveillent très fortes dans les mouvements du tronc par manœuvres externes et le massage des muscles est inoffensif. La région n'est pas déformée, ni chaude, ni rouge, cependant la peau est anesthésiée.

Station debout. — Il se tient courbé en avant, appuyé sur une table ; contractions fréquentes des muscles des fesses et des membres inférieurs ; au moindre changement de position des jambes, à la moindre inclinaison, douleur atroce, craquements dans les articulations des vertèbres.

Station debout. — Ce qui domine c'est la faiblesse et la semi-paralysie des membres inférieurs. Le malade marche, le corps courbé en avant, les mains sur les hanches, traînant les pieds comme un automate ; ses jambes chancellent et flageolent : de plus il ne sent que vaguement le sol sous lui, il lui paraît marcher sur une boue épaisse et molle, quand il est sur le pavé le plus solide...

Cette semi-paraplégie est confirmée par une rétention d'urine assez prononcée et par de la constipation qu'il entretient d'ailleurs, redoutant tout effort.

5 mai. — Tous les symptômes se sont beaucoup améliorés.

7 mai. — La douleur est revenue. • injections sous-cutanées de dix gouttes de sulfate d'atropine au centième avec la seringue de Pravaz.

19 mai. — On continue les injections. La peau est complètement anesthésiée ; la douleur a diminué, la parésie des

jambes persiste : il essaie de se lever, les douleurs avec irradiations douloureuses le forcent à reprendre le lit.

21 mai. — Il demande une sortie pour aller à l'Ecole de Médecine subir un examen. Il est reçu, et comme toute émotion joyeuse ou pénible rappelle la douleur lombaire, elle reparait avec intensité.

22 mai. — Au réveil, douleurs dans la hanche, épaule, coude, moitié gauche du visage.

Poudre de Dower 0,50 par jour. — Cet état se poursuit en s'améliorant jusqu'au 30.

1^{er} juin. — Violent orage qui ramène la douleur lombaire et la sensation de déperition nerveuse.

Les jours suivants : amélioration ; il se promène ; on lui injecte du sulfate d'atropine.

12 juin. — Il sort. La maladie est très atténuée et semble devenue chronique. L'hiver suivant, le retour des pluies et du froid la ramène ainsi que toute émotion.

Donc lumbago récidivant cinq fois : douleur ne paraissant pas siéger dans les muscles, mais profonde : atonie de la vessie, semi paralysie des jambes et des pieds ; insensibilité de la peau dans la région lombaire, spasmes des muscles des membres inférieurs tout cela forme un ensemble de symptômes nerveux assez nets, pour permettre de localiser la maladie dans la moelle ou plus probablement ses enveloppes.

L'exacerbation des symptômes sous l'influence des émotions — : joie ou chagrin, est en faveur d'une localisation nerveuse de la maladie.

Ajoutons que l'apparition de douleurs dans les membres, mobiles, fugaces, permet de songer que cette affection est sous la dépendance du rhumatisme. Toute-

fois le sujet de cette observation n'a éprouvé ce rhumatisme généralisé que lors de sa quatrième ou cinquième attaque.

OBSERVATION VI (*In thèse Gintrac* observation III).

Un fort de la halle, âgé de 40 ans, après de fréquents lumbagos pendant les trois dernières années, est repris au commencement de mars 1840 d'une nouvelle attaque, qu'il croit d'abord semblable aux autres, mais qui loin de se dissiper s'accompagne au bout de six semaines, de fourmillements d'abord puis de symptômes de paraplégie la plus complète au bout d'un mois : alors l'insensibilité remonte sur le tronc jusqu'au niveau de l'ombilic ; les selles sont involontaires, l'émission des urines est impossible. Persistance des douleurs lombaires qui augmentent par les mouvements du tronc et les variations atmosphériques. Pas de fièvre, pas d'altération de la santé. Ce même état persiste encore le 10 août sans autre amélioration que le retour de la sensibilité au bas du tronc et à la partie supérieure du membre inférieur droit.

Cependant à dater du 28^e jour de la paraplégie, alors qu'elle n'était encore qu'incomplète, des ventouses scarifiées ont été appliquées aux lombes et suivies quelque temps après de deux moxas dans la même région. On a donné de la strychnine plusieurs semaines sans grand avantage ; les bains sulfureux au contraire ont amené une grande amélioration.

OBSERVATION VII (résumée) (Thèse de Roussel)

(Le père C., vieux pêcheur, souffre chaque printemps de douleurs lombaires. Le siège n'est pas dans les muscles mais

bien au niveau des vertèbres. Ces douleurs ont débuté brusquement en voyant un de ses fils mort. Lors de la guérison de vastes ulcères de jambes, il fut pris de dysurie et de paraplégie. Ces troubles reviennent chaque année avec les douleurs lombaires.

Il semble bien qu'il s'agisse là de lumbago chronique. Dans tous les cas, le lumbago, seul symptôme apparu à la suite d'une vive émotion, s'est bientôt compliqué de symptômes qui indiquent assez son origine.

1° Dans ces observations, nous remarquons deux points de communs : 1° la bénignité relative de l'affection puisqu'elle se termine toujours par la guérison.

2° la présence de plusieurs attaques successives de douleurs lombaires présentant tous les caractères de ce que l'on appelle : lumbago, sans aucun autre symptôme ; lorsque à un moment donné plusieurs signes concomitants viennent révéler la cause de ces lumbagos.

Nous remarquons aussi, la transition qui existe dans certaines observations : les phénomènes spinaux nuls d'abord ; puis s'accusant à chaque nouvelle attaque : enfin la durée de plus en plus longue de la maladie.

En regard de ces observations, nous croyons devoir en citer une autre dont l'analogie avec les observations précédentes ne saurait échapper.

OBSERVATION VIII

Empruntée à la thèse de M. Durand (1872).

D... Louis, âgé de 33 ans, entre le 28 août 1872, hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Vulpian.

Actuellement robuste et bien portant; aucun antécédent arthritique, rhumatisant ou nerveux dans sa famille.

Vers la puberté accès de migraine qui disparurent vers dix-sept ans. Quoique garçon de café, il n'est pas alcoolique; il y a huit ou neuf ans : blennorrhagie : il ne semble pas qu'il ait eu la syphilis.

Depuis trois ou quatre ans, à plusieurs reprises, le malade a éprouvé des douleurs localisées à la région lombaire. Ces douleurs surviennent à la suite de fatigue; elles tendent à s'irradier en ceinture : durée : trois ou quatre jours. Lors de leur dernière apparition, il y a cinq ou six mois, elles durèrent au moins quinze jours. Jamais elles n'ont empêché le malade de continuer son travail.

Le 25 août. — Il s'était couché de bonne heure. La nuit fut bonne, ce n'est que le lendemain en se levant que cet homme constata qu'il éprouvait une légère douleur à la région lombaire. Il se rendit cependant à son travail et s'y livra pendant toute la journée. Le soir la douleur avait augmenté, et suivant le trajet de la colonne vertébrale, elle remontait jusqu'à la partie moyenne de la région dorsale. Elle était sourde, continue, gravative, elle obligea le malade à interrompre ses travaux. Pendant ce temps il n'avait éprouvé aucun trouble soit de la motilité, soit de la sensibilité. Après s'être reposé trois heures, le malade reprit son ouvrage, il put travailler de minuit à trois heures du matin et monter un escalier de la cave au rez-de-chaussée.

En montant ou descendant l'escalier, il éprouve dans les jambes une sensation douloureuse exaspérée par le mouvement, comparable à des élancements ou à des coups. En même temps la douleur lombaire persiste mais sans aggravation; de cette région les douleurs s'irradient formant une véritable ceinture.

A partir de trois heures du matin, le malade se met au lit jusqu'à huit heures, la persistance des douleurs l'empêche de dormir ; de plus ses jambes deviennent faibles. Inquiet de son état, il va voir un médecin, il tombe deux fois pendant le trajet. On lui applique des sinapismes. La douleur qui atteignait la région hypogastrique, demeure en cette région, mais les douleurs des membres inférieurs ne diminuent pas, aussi le malade éprouva-t-il beaucoup de difficulté à retourner chez lui.

En s'en retournant il s'aperçut même que la faiblesse des jambes avait augmenté ; puis survint un nouveau symptôme : En essayant d'uriner, de retour chez lui, il ne peut le faire. Pendant toute la journée il y eut rétention d'urine, pas de garde-robes. Le soir on le sonde et chose singulière, alors qu'il y avait déjà paralysie complète de la vessie, les membres inférieurs conservaient encore une certaine force puisque le malade pouvait se tenir debout à l'aide d'un léger point d'appui.

Pendant toute la nuit qui suivit, les douleurs persistent dans la région lombaire, les membres inférieurs et la région hypogastrique. Sommeil agité avec cauchemars, réveils en sursaut : cependant ce court repos lui procure un léger soulagement : la douleur lombaire a disparu ; mais les deux membres inférieurs sont faibles ; la rétention d'urine et des matières fécales n'est nullement amendée. Il peut sortir de son lit sans le secours de personne ; mais aussitôt mis debout, il s'affaisse. Le soir 27 août, il ne peut remuer les jambes sans se servir des membres inférieurs.

27. — Plus de douleurs lombaires mais paraplégie, rétention d'urine et constipation absolue.

Le 28. — Le malade se fait transporter à l'hôpital. Etat actuel : homme fort vigoureux sans antécédents. Le cœur, les voies digestives et respiratoires sont normales. Il n'y a

jamais eu de fièvre. Les membres supérieurs sont absolument intacts.

Membres inférieurs : paralysie complète, le malade ne peut se soulever. La contractilité volontaire n'existe pas, mais sous l'influence de l'électricité, et même avec un courant faible, les muscles se contractent avec violence. La sensibilité tactile est conservée, et aussi la sensibilité à la douleur et à la température.

Rétention d'urine absolue ; constipation opiniâtre. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

30 et 31 août. — Les phénomènes restent les mêmes.

1^{er} septembre. — Les symptômes diminuent de jour en jour, le 15 le malade quitte l'hôpital, marchant assez librement.

ÉTUDE CLINIQUE

Il est probable qu'au début tous ces lumbagos ont été attribués à un rhumatisme musculaire. Aucun phénomène ne vient en effet laisser soupçonner leur origine. Mais voici que d'autres symptômes surviennent indiquant une participation évidente de la moelle et des méninges ; et alors tous ces lumbagos ne nous apparaissent plus, tout comme les douleurs en ceinture, les irradiations dans les membres ; que comme un témoignage de l'irritation que font subir aux racines nerveuses les lésions de la moelle et la méningite concomitante.

On objectera peut-être que le mal est d'abord périphérique, puis de là atteint les centres. L'écart entre la douleur et les phénomènes médullaires semble à l'appui de cette opinion. Mais alors comment expliquer cette gradation de symptômes telle que nous la constatons dans plusieurs de nos observations ? Bien plus, il arrive un moment où lumbago, paraplégie, rétention d'urine, surviennent ensemble.

Il est vrai que le malade rapporte à la périphérie les douleurs qu'il ressent ; mais ces douleurs ont un caractère excentrique évident ; elles ne sont pas exa-

gérées par la pression et le massage des muscles. Les parties molles et le squelette sont intègres. Pour trouver des points douloureux il faut presser fortement, ou mieux percuter dans les gouttières vertébrales ; et si la douleur est réveillée par les mouvements d'extension et de flexion du tronc : c'est aussi un caractère propre à l'inflammation des méninges (Jacoud).

Mais dans les cas que nous citons, existe-t-il une lésion véritable de la moelle ou de ses enveloppes ? Y a-t-il méningite ou myélite au vrai sens du mot ? Nous ne le croyons pas ; pas au début du moins. Si l'on veut bien se reporter à nos observations, on verra que plus les attaques se répètent, et plus elles sont longues. Cependant elles guérissent toujours. La congestion est le premier degré de la myélite. Nous pensons qu'il s'agit de simple congestion de la moelle ou des méninges, ou plutôt comme les lésions de ces organes s'accompagnent toujours, des deux à la fois.

Il est possible cependant, qu'ainsi frappée par des attaques successives, la moelle devienne un lieu de moindre résistance, et que plus tard, là où il y avait congestion bénigne, des myélites graves puissent s'installer. Mais c'est là simple hypothèse et nous devons nous borner aux cas simples que nous étudions. Il faut bien reconnaître alors que nous ne trouvons pas des phénomènes assez accusés, assez durables pour porter le diagnostic ferme de myélite ou de méningo-myélite.

Dans la myélité le mode de début est variable ; il peut fort bien ressembler à celui du lumbago : peu ou

pas de fièvre, peu de symptômes généraux, pas de frisson ; une vive douleur lombaire.

Mais il y a des différences. Dans la myélite, les troubles sensitifs : hyperesthésie ou plus souvent anesthésie simple ou douloureuse ; les troubles moteurs : paralysie, les troubles urinaires : rétention d'abord puis incontinence, sont plus précoces. Entre leur apparition et celle des premiers symptômes il n'y a pas ordinairement huit, quinze jours d'intervalle, comme dans nos observations, et d'ailleurs nous ne trouvons dans le lumbago ni ces troubles trophiques : escharres ; œdème ; ni ces troubles vaso-moteurs : pâleur ou coloration violacée, refroidissement des téguments si fréquents dans les myélites. Enfin et surtout la marche n'est pas la même : tous nos malades ont guéri plus ou moins rapidement. La myélite elle aussi peut guérir, elle peut passer à l'état chronique ; mais la mort est fréquente, soit par extension des lésions qui atteignent les centres respiratoires, soit par complications intercurrentes : infections secondaires aux eschares, cystite purulente.

Bien des points de commun existent entre les cas de lumbago que nous citons et la méningite rachidienne : douleurs lombaires vives, douleurs irradiées, paraplégie tardive et incomplète ; hyperesthésie avec spasmes ; cependant dans la méningite le début est plus violent : il y a un état général grave ; un ou plusieurs frissons ; une température voisine de 40° ; des contractures précoces ; le pronostic est aussi plus grave.

Reste la congestion : longtemps admise par tradi-

tion plutôt que par démonstration ; puis mise en doute : elle est cependant décrite dans les traités classiques ; C'est que la confirmation anatomo-pathologique manque ; d'autre part, d'après Engel, on peut sur le cadavre prendre pour une congestion produite pendant la vie ce qui est le résultat de la mort ou de l'agonie ; produite pendant la vie la congestion peut aussi disparaître après la mort.

Ses symptômes se confondent en partie avec ceux de la myélite. La douleur le long de l'épine est constante, très vive parfois, mais, suivant Leudet, c'est la marche de l'affection qui permettrait surtout d'en faire le diagnostic. Un signe assez important serait l'intervalle qui s'écoule entre les symptômes du début et l'apparition de la paralysie, dans cet intervalle le malade conservant l'usage de ses membres. Cette paralysie qui peut passer des membres inférieurs aux membres supérieurs, est souvent incomplète ; des douleurs sur le trajet des membres existent, enfin les accidents disparaissent dans un laps de temps qui varie entre trois et cinquante jours. N'est-ce pas là ce que nous avons observé dans les cas que nous rapportons.

Il faut bien reconnaître d'ailleurs qu'entre ces divers affections : méningite, myélite : (ou plutôt les deux à la fois car elles marchent presque toujours ensemble) ; et congestion, le diagnostic est difficile, souvent impossible.

CHAPITRE II

Lumbago et rhumatisme spinal.

De nos observations précédentes nous avons conclu qu'il s'agissait de congestion médullaire ; que cette congestion légère d'abord, ne se manifestait que par un lumbago de courte durée, sans que rien n'attire l'attention sur la moelle, jusqu'à une seconde, troisième attaque ou des troubles de la motilité, de la sensibilité, des réservoirs viennent éclairer le diagnostic. Mais cette gradation que nous assignons aux lésions anatomiques ; cette marche que nous prescrivons à la maladie, la nature s'en affranchit parfois ; soit que, sous l'influence du froid, du surmenage, de causes débilitantes quelconques, le sujet se trouve en état de moindre résistance ; soit que l'intensité du mal soit plus forte. Alors les phénomènes se succèdent plus rapidement. Etudions quelques-uns de ces cas.

OBSERVATION IX (résumée).

Due à M. Vallin : Union médicale 28-30 mars, 4 avril 1898
citée par Sauvage. Thèse Paris, 1878.

L..., sapeur-pompier, 33 ans, toujours bien portant, se

refroidit une nuit en quittant le poste surchauffé pour entrer dans sa guérite.

8 mars 1887 : Il garde la chambre pour courbature générale, lumbago, douleurs contusives dans les membres et le thorax ; frissons le soir.

16 mars 1887. — Il est envoyé au Val-de-Grâce.

23 mars. — Fièvre presque nulle 37°8. Le malade se lève ; mais la courbature, le lumbago, la lourdeur des membres persistent : de plus, endolorissement de toute la poitrine qui immobilise le thorax et cause une grande oppression ; toux nerveuse, sèche, incessante, douloureuse : aucun signe stéthoscopique ; douleur à la pression sur les dernières côtes. On hésite entre pleurésie diaphragmatique et névralgie lombéo-abdominale : six ventouses scarifiées à la base du thorax.

Le 26. — T. 37°6, pouls 96, mêmes symptômes exagérés, de plus faiblesse des membres supérieurs dont les mouvements sont aussi douloureux : mêmes symptômes aux membres inférieurs ; raideur des muscles de la région dorso et lombo-spinale ; la nuque est libre ; toux incessante, spasmodique, hyperesthésie de la peau depuis le bord inférieur du menton jusqu'aux pieds, le grattage de la peau provoque la toux, les fonctions de la vessie sont normales.

Le 28 mêmes symptômes : un gramme de sulfate de quinine, douze ventouses sèches.

Le 28 mars. — Gonflement douloureux du poignet droit et de l'épaule droite. Le malade accuse, par l'écartement des mâchoires, une douleur légère augmentant par la pression sur les condyles. Même traitement.

Le 29 mars. — Température 37°5, pouls 72 : l'hyperesthésie a disparu ; la pression est encore douloureuse sur les apophyses épineuses, et sur les articulations envahies par le rhumatisme qui sont encore gonflées.

31 mars. — Tous les signes s'améliorent ; l'hyperesthésie

disparaît : l'articulation radio-carpienne gauche est encore empâtée et douloureuse. Les mouvements des bras sont encore lents et incomplets. La gêne des mouvements n'est nullement en rapport avec la douleur articulaire.

2 Avril. — Il ne reste plus qu'un peu de douleur à la pression des vertèbres dorsales et lombaires : les articulations sont libres et indolentes, l'appétit très vif.

6 Avril. — Le malade est convalescent : il reste une diminution très notable de la force musculaire dans la moitié droite du corps. Bain sulfureux.

18 Juin. — Le malade se rend à Amélie-les-Bains presque entièrement guéri.

Donc au début courbature générale sans fièvre, douleur dorso-lombaire très vive : tous symptômes qu'on retrouve dans le lumbago vulgaire ; ce lumbago du début dure quinze jours.

A un certain moment apparition d'accidents spinaux. Dans une troisième période ces accidents s'améliorent pour faire place à des localisations articulaires.

La maladie dure trois mois et se termine heureusement.

Si l'on compare cette observation à la précédente, ou encore à notre observation II, on voit que dès la première attaque le malade éprouve des symptômes que les autres n'ont éprouvé que lors d'une troisième ou quatrième récurrence : même douleurs lombaires, mêmes troubles des réservoirs, même bénignité. Le diagnostic porté a été celui de rhumatisme spinal.

OBSERVATION X

Observation V Thèse de Parmentier, 1865.

Service de M. le professeur Rostan.

Ch..., 62 ans, scieur de long, né à Vaux. (Seine-et-Marne). Homme d'une forte constitution; ses parents sont morts très vieux, sans avoir, suivant le malade, ressenti de douleurs rhumatismales; ses frères et ses sœurs jouissent d'une bonne santé. Quant à Ch..., il n'a jamais fait de maladies graves, il a la colonne vertébrale légèrement courbée, ce qui tient à sa profession.

Dans les premiers jours d'avril il est pendant son travail exposé à une pluie très forte; il a froid; et bientôt il éprouve des douleurs de rein qui l'obligent à quitter son travail. Le lendemain il est dans l'impossibilité de travailler, la douleur du rachis est excessive; elle occupe la région lombaire et s'irradie autour du tronc (douleurs en ceinture) descend dans la partie supérieure des cuisses, et se continue suivant le trajet des sciatiques. Le malade accuse des douleurs constrictives au-dessus des genoux, quelques points douloureux au niveau des mollets. Les mouvements, la pression augmentent la rachialgie et les douleurs des cuisses. Des fourmillements se font en même temps sentir dans les membres inférieurs dont la sensibilité tactiie est abolie; il y a en même temps analgésie.

La marche est impossible, aussi bien que la station verticale, c'est à peine si dans le lit les jambes peuvent exécuter quelques légers mouvements. Le malade prend chez lui quelques bains et se décide à entrer l'hôpital le 18 mai.

Il est dans l'état que nous venons d'indiquer: douleurs vives du rachis et des membres inférieurs; fourmillements

dans les jambes, quelques soubresauts des muscles. Anesthésie et analgésie. La miction n'est pas troublée, les autres fonctions s'exécutent régulièrement.

On prescrit des frictions avec une brosse de crin qui sont sans résultat ; boissons ferrugineuses, régime tonique ; bains sulfureux ; le tout sans amélioration sensible. Quatre cautères sur la région lombaire, au voisinage des points douloureux frictions et bains sulfureux ; sous l'influence de cette médication qui s'adresse à l'état général aussi bien qu'à l'état local, tous les troubles diminuent, la sensibilité reparaît le sixième jour après son entrée à l'hôpital et après la motilité. Le 17 il quitte l'hôpital guéri.

Ces observations et celles que nous avons citées au début de ce travail, ne diffèrent que par la rapidité des symptômes. Nous avons ici des phénomènes que nous n'observons ailleurs que lors d'une troisième ou quatrième récurrence, et tandis que dans le premier cas on diagnostiquait lumbago, puis plus tard lors de l'apparition de nouveaux symptômes : rhumatisme spinal, ici dès le début, du premier coup, on porte le diagnostic de rhumatisme spinal : ainsi de l'un à l'autre on peut remonter par une transition insensible. C'est en somme toujours la même affection : qu'elle soit bénigne ou légère, elle se manifestera par un seul symptôme masquant les autres : la douleur lombaire, le lumbago ; qu'elle soit plus intense, qu'elle frappe un sujet plus débilité ou qui a déjà subi plusieurs autres attaques du mal, les autres symptômes apparaîtront. Il n'y a qu'une question de degré.

Nous en arrivons comme Andral à conclure que le lumbago n'est souvent qu'un rhumatisme spinal frappant les enveloppes, peut-être les enveloppes et la moelle.

Peut-être objectera-t-on sa fréquence ; mais l'attitude courbée habituelle des gens qui sont atteints, les mouvements fréquents d'extension et de flexion du rachis font de cette partie de la région lombaire un lieu de moindre résistance où le rhumatisme ne demande qu'à s'abattre. Aussi Trousseau pense-t-il que le rhumatisme spinal est loin d'être rare.

« Il y a lieu de supposer, dit-il, que le rhumatisme en passant dans l'encéphale, ou les méninges ne fait qu'adopter un nouveau lieu d'élection, tout comme les articulations et le cœur ». Et Homolle « De même que les accidents cérébraux, les troubles de l'innervation myélitique n'ont pas de caractères qui leur soient propres. Ils ressemblent dans bien des cas aux phénomènes de congestion myélo-méningée qui se montrent au début de la variole, ou plus rarement de la fièvre typhoïde : si l'on voulait restreindre le rhumatisme spinal aux cas dans lesquels les accidents sont tout à fait prédominants, représentent une nouvelle manière d'être de la maladie et constituent dans leur évolution un acte morbide et un épisode distincts, les observations seraient en très petit nombre ; si au contraire on tient compte des manifestations légères, on reconnaîtra que les localisations spinales du rhumatisme articulaire sont loin d'être rares ».

On objectera peut-être aussi l'ordre des symptômes : localisation spinale d'abord, puis rhumatisme. De fait

c'est plutôt à la suite ou au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, que les phénomènes spinaux apparaissent : mais il n'y a là rien d'absolu. Hallez, dans sa thèse (1870) cite de nombreux cas de localisations viscérales précédant l'envahissement des jointures : endocardites, pleurésies, troubles cérébraux. Pourquoi le rhumatisme spinal ne se comporterait-il pas à l'occasion comme le rhumatisme des autres viscères ? « Lorsque les auteurs écrivent que les accidents spinaux apparaissent à la suite ou au déclin des arthropathies, dit Besnier, ils obéissent plutôt à une vue traditionnelle de l'esprit qu'aux résultats de l'observation. Et si cela est vrai quelquefois, cela s'applique plutôt aux paraplégies rhumatismales consécutives qu'aux phénomènes spinaux proprement dits du rhumatisme articulaire aigu ». Nous ajouterons même, que dans les cas que nous décrivons, le diagnostic porté n'en est que plus ferme. Certaines parésies, survenant à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, ont été improprement désignées sous le nom de paraplégies d'origine spinale. Outre une assez longue immobilisation au lit avec enveloppement des jointures qui peut suffire à expliquer certaines impotences passagères des membres inférieurs, on a signalé des troubles parétiques précoces des muscles entourant les jointures atteintes, principalement des muscles extenseurs (Potain). D'autre part, à la suite des attaques de rhumatisme articulaire aigu les masses musculaires voisines des articulations sont atrophiées. Cette atrophie qui reconnaît la même cause que dans les arthropathies chroniques, mais qui n'est ni

aussi durable, ni aussi complète, peut expliquer certains troubles de la motilité surtout dans les cas où les jointures symétriques sont prises ensemble.

Ajoutons d'ailleurs que le rhumatisme spinal se présente sous les formes les plus variées.

Tantôt il s'agit d'un malade frappé déjà plusieurs fois de rhumatisme articulaire généralisé ; lorsque la paraplégie, la rétention d'urine, les élancements douloureux dans les jambes se déclarent.

Tantôt on croirait à une myélite aiguë, puis voici les articulations qui se prennent.

Plus rarement le rhumatisme spinal serait la seule manifestation du rhumatisme. Sa bénignité, les antécédents personnels ou héréditaires du malade, permettent de faire un diagnostic, ici plus délicat.

Il est des cas, où il ne se borne pas au segment lombaire de la moelle : une paraplégie peut être précédée ou suivie d'une paralysie d'un bras par exemple puis tout rentre dans l'ordre.

Il est exceptionnel qu'un seul côté du corps soit pris ; cependant on en cite des exemples : hémiplegie, héli-anesthésie et tremblement unilatéral avec diminution de la force des membres d'un seul côté ; sont les principaux phénomènes (Vallin 1877).

Enfin le rhumatisme cérébral peut accompagner ou suivre le rhumatisme spinal.

Tous les degrés de gravité sont possible. On a décrit des formes légères, des formes moyennes et des formes graves, au point de vue anatomo-pathologique des formes congestives ou apoplectiformes et des for-

mes inflammatoires. Il est intéressant de rapprocher de certains cas où le rhumatisme frappe la moelle lombaire et la moelle cervicale successivement ; ceux où un lumbago est suivi de torticolis.

Que conclure de cette diversité sinon que toutes les formes sont possibles, celles qui précèdent un rhumatisme généralisé comme les autres.

Est-ce à dire que dans tous les cas que nous avons cités on doit incriminer le rhumatisme ? Dans plusieurs de nos observations nous n'avons relevé aucun symptôme de cette affection, aucun antécédent rhumatismal chez le malade ou ses ascendants. Les faire dépendre du rhumatisme serait peut être abusif. Autant vaudrait dire que toutes les bronchites ou toutes les amygdalites sont dues au rhumatisme. Il est des lumbagos dus à une irritation spinale, ou le froid semble être seul en cause.

« Quelques auteurs, dit Jaccoud, qualifient de rhumatisme, tout phénomène morbide né sous l'influence du froid... Je ne puis accepter cette interprétation dont le principal défaut à mes yeux est de caractériser un groupe nosologique par une simple cause occasionnelle... qu'une paraplégie prenne naissance à la suite ou au cours d'un rhumatisme ; qu'elle précède les manifestations ordinaires de l'affection ; comme on le voit parfois pour l'endocardite ; qu'elle se développe enfin chez un malade qui n'éprouve pas en ce moment même les accidents caractéristiques de la maladie ; mais qui en raison de ses antécédents individuels ou héréditaires peut être qualifié de rhumatisant, alors

j'appellerai volontiers cette paraplégie rhumatismale, mais je me résoudrai difficilement à aller au delà, car en bonne conscience, pour constituer un phénomène rhumatismal, il faut avant tout du rhumatisme ».

Nous ajoutons que tous les accidents médullaires qui s'accompagnent de phénomènes articulaires, ne doivent pas être attribués au rhumatisme. Nous ne parlons pas des arthropathies qui accompagnent certaines affections chroniques comme le tabes par exemple, mais d'affections aiguës : si des rhumatismes vrais peuvent se localiser sur la moelle, par contre des myélites aiguës et subaiguës peuvent se traduire cliniquement par une série de symptômes d'apparence rhumatismale.

Mais dans ces cas il s'agit d'accidents graves, et non bénins et passagers, comme les cas de lumbago que nous avons relatés.

Nous ne prétendons pas non plus que tous les lumbagos soient d'origine médullaire, rhumatismale ou non : d'autres théories répondent à un certain nombre de cas. Nous les résumerons brièvement.

C'est ainsi que le lumbago ne serait souvent qu'une arthrite rhumatismale (Robin, Londe, Hutchinson). Les articulations sacro-iliaques, les articulations des corps des vertèbres et de leurs apophyses articulaires seraient frappées ; de là, plusieurs séries de points douloureux : points douloureux au niveau des symphyses sacro-iliaques ; points interépineux correspondant aux articulations intervertébrales et sacro-lombaire, points latéraux correspondant aux articulations des apophyses

articulaires des vertèbres. Une arthrite unilatérale expliquerait les cas de lumbagos unilatéraux : Parfois même des phénomènes médullaires semblables à ceux que nous avons décrits, accompagneraient ces arthrites, constituant une forme méningitique, (thèse de Lamy) : et de toutes ces arthrites, le jaborandi serait un merveilleux remède.

Cela répond évidemment à certains lumbagos, mais bien souvent on ne trouve pas cette localisation exacte de la douleur. Dans les arthrites rhumatismales, la douleur n'est pas seulement intra-articulaire, tous les éléments de l'articulation y prennent part : surfaces articulaires, bourses séreuses, gânes, muscles : il y a arthrite et périarthrite. Dans une région où les articulations sont si proches les unes des autres, comment dès lors délimiter ce qui appartient à chacune d'elles. Il faut bien reconnaître aussi que cette arthrite rhumatismale pourtant si atrocement douloureuse, n'a guère que ce signe de commun, outre sa bénignité, avec le rhumatisme des autres articulations. Ni rougeur, ni tuméfaction, ni chaleur. N'ont ces signes locaux inflammatoires que Bouillaud a décrits (dilatation des veines superficielles, battements énergiques des artères) ; ni ces troubles de sensibilité objective souvent difficiles à constater il est vrai, relatés par Drosdoff ; hyperesthésie douloureuse et thermique, hypoesthésie tactile. Si l'on trouve de l'hyperesthésie de la région lombaire, c'est plus tard, quand d'autres phénomènes sont survenus, indiquant la part prise par les méninges. D'autre part, les auteurs sont en désaccord sur la fréquence de ces arthrites : rares pour

Besnier, Bouchard, elles sont fréquentes pour Hutchinson. Ces incertitudes ne vont pas à l'encontre de notre opinion qu'il y a souvent dans le lumbago autre chose que de l'arthrite.

Il y a aussi autre chose que du rhumatisme musculaire. Il est vrai que l'on a décrit des paralysies consécutives au rhumatisme des muscles ; mais elles peuvent souvent recevoir une interprétation différente. Cette question du rhumatisme musculaire est une des moins connues de la pathologie. Cependant peu à peu certaines affections sont isolées qu'on lui attribuait autrefois ; tel le torticolis, symptomatique pour Robin et Londe d'une arthrite de voisinage.

Il est d'ailleurs facile de se convaincre que dans le lumbago la douleur n'est pas dans le muscle. Elle est plus profonde. « Il semblera peut-être que j'aime la contradiction, dit Hutchinson, si j'affirme que la douleur du lumbago n'est pas dans les muscles. Cent sujets m'ont indiqué le siège de cette douleur comme étant dans la région sacrée ». En vain objectera-t-on comme Chomel : « Les mouvements de flexion et d'extension l'augmentent donc elle siège dans les muscles ». La moindre rotation de la tête ne provoque-t-elle pas une vive douleur dans le torticolis ? Dans les lésions des méninges et de la moelle ces mêmes mouvements sont aussi très douloureux (Jaccoud). Le rhumatisme musculaire s'accompagne fréquemment de fièvre, 38-39°, de courbature, d'anorexie : tous phénomènes exceptionnels dans le lumbago. Il est vrai que l'on assigne encore comme caractère au rhumatisme musculaire de frapper

un groupe de muscles qui agissent synergiquement dans l'accomplissement d'une même fonction. Mais remarquons que le plus souvent les mêmes nerfs innervent ces muscles. D'ailleurs la symétrie du lumbago qui frappe également les deux côtés de la région lombo-sacrée est encore en faveur d'une origine nerveuse. Nous ne nions pas le rhumatisme des muscles sacro-lombaires ; nous pensons seulement que bien des rhumatismes musculaires ne sont ainsi appelés que parce que nous ignorons leur origine.

De cette étude nous concluons : le lumbago n'est souvent qu'une affection bénigne de la moelle ou de ses enveloppes : qu'on la nomme congestion, myélite, méningo-myélite ; et le rhumatisme est le plus souvent en cause.

DIAGNOSTIC

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les affections qui s'accompagnent de douleur lombaire : nous étudierons simplement celles qui peuvent être confondues plus facilement avec la lumbago.

Quelques-unes sont d'autant plus difficiles à reconnaître que parfois elles l'accompagnent : telles sont la névralgie du plexus lombaire, et la sciatique. Cependant, d'après Hutchinson, il est toujours facile de rapporter à chacune ce qui lui appartient.

Dans la forme lombo-abdominale de la névralgie lombaire, la douleur occupe la région dorso-lombaire et aussi la paroi abdominale antérieure. Elle présente sur le trajet des différentes branches nerveuses des points spéciaux assez nettement localisés (point iliaque, point épigastrique, point inguinal). Il y a de l'hyperesthésie des téguments ; si la branche crurale est prise, on peut observer des secousses involontaires dans les muscles de la cuisse et les mouvements de flexion et d'extension du membre sont plus ou moins entravés par la douleur. Enfin cette névralgie est le plus souvent unilatérale.

Il en est de même de la sciatique. La sciatique accom-

pagne fréquemment le lumbago ou lui succède. Lorsqu'elle est unilatérale, elle est assez facile à reconnaître ; lorsqu'elle est double et qu'elle reconnaît une origine intra-vertébral, l'erreur a pu être commise. L'existence de points douloureux spéciaux ; l'hypéresthésie des téguments ; le début moins brusque, la marche plus longue, font les éléments du diagnostic, d'autant plus difficile parfois que certaines sciaticques sont loin de présenter l'ensemble des points douloureux décrits par Valleix, et que dans certains lumbagos intenses, les douleurs s'irradient vers le trajet des sciaticques. (Hutchinson). Ceci s'explique parfaitement si l'on admet l'opinion que nous avons soutenue touchant la pathogénie du lumbago.

Plus difficile est parfois le diagnostic du lumbago et de certaines affections rénales : nous avons surtout en vue la lithiasé biliaire. Et tout d'abord l'accès de colique néphrétique.

Dans une description imagée qu'il fait du lumbago, Sydenham compare la douleur à celle de la colique néphrétique. Edgeworth reconnaît outre un lumbago d'origine musculaire et un lumbago d'origine névralgique, un lumbago d'origine rénale avec hyperacidité de l'urine.

Sans doute quand la colique néphrétique se présente avec ses grands symptômes : douleur atroce, irradiée vers la vessie et l'urèthre ; troubles urinaires et en particulier anurie ; phénomènes réflexes : nausées, vomissements, le diagnostic ne saurait s'égarer ; mais il est des formes frustes ; des cas où la douleur est le seul symptôme avec son maximum dans la région lombaire,

ou elle semble exister des deux côtés ; soit que le malade ne puisse exactement en indiquer le siège à cause de la violence du mal ; soit que les deux reins soient malades ; et alors la confusion est possible. On se rappellera cependant que les irradiations sont la règle ; on examinera les urines ordinairement troubles et muqueuses ; parfois on y constatera la présence de graviers ou calculs, causes du mal.

En dehors des crises le diagnostic est parfois difficile. Nous avons observé, il y a deux ans, une femme qui fut prise de douleurs violentes dans la région lombaire après s'être assise dans un endroit humide. Les douleurs s'exagéraient par les mouvements du tronc, et augmentaient après un travail pénible. Le diagnostic porté fut celui de lumbago d'origine musculaire, lorsqu'un mois plus tard cette femme fut prise d'un accès franc de colique néphrétique ; la douleur cessa brusquement, et deux ou trois jours après la fin de l'accès on trouva dans l'urine un gros calcul. Ce cas correspond sans doute à ceux qu'Edgeworth appelle lumbago d'origine rénale avec hyperacidité de l'urine ; ce sont, outre les commémoratifs, les caractères de la douleur plutôt sourde et gravative, l'examen de l'urine où l'on trouve parfois de petits sables qui permettront d'affirmer le diagnostic de « *lithiase biliaire*. »

Une autre affection qui a prêté matière à nombreuses erreurs de diagnostic est l'entorse de la région lombaire. Déjà Feulard en 1848 a décrit le lumbago dû à la distension ou la déchirure des ligaments : c'est ce que l'on désigne communément sous le nom de

tour de reins. Comme dans le lumbago la douleur survient à la suite d'un mouvement brusque ; elle est bilatérale ; et peut s'accompagner de contracture des muscles. Mais cette douleur est nettement localisée, elle est plus limitée ; parfois elle s'accompagnerait d'une ecchymose ; enfin l'étude des commémoratifs qui sont ordinairement des mouvements très violents d'extension ou de flexion du tronc lèveront tous les doutes.

Bien d'autres affections s'accompagnent de douleur lombaire : les maladies infectieuses, le psoïtis, la tuberculose vertébrale ; les lésions du rectum, de l'utérus. Un examen minutieux des organes ; la marche de l'affection, les symptômes concomitants permettront toujours de faire un diagnostic précis.

TRAITEMENT

Nous serons brefs sur le traitement du lumbago. Aussi bien faudrait-il passer en revue toute la thérapeutique. Le nombre des médicaments proposés n'est sans doute qu'un signe de leur insuffisance.

Quelques-uns cependant ont une action réellement efficace.

C'est ainsi qu'il y a bien longtemps déjà on a préconisé le chloroforme *loco-dolenti* (Moreau de Tours). Il suffit de verser quelques gouttes sur un gâteau d'ouate, d'appliquer cette ouate sur la région malade recouverte d'un taffetas gommé. L'appareil est laissé en place pendant vingt minutes. La peau rougit : le malade ressent une vive cuisson ; puis peu à peu la douleur se calme ou disparaît complètement.

Pour M. Robin le jalorandi est un très bon médicament : faire macérer 4 grammes de feuilles de huit à douze heures dans 10 grammes d'alcool. Sur cette macération on verse 150 grammes d'eau bouillante. Prendre en une fois le matin à jeun. Les affections du cœur sont une contre-indication.

Le traitement salicylé a compté aussi des succès : on emploiera le salicylate suivant les règles ordinaires.

Pour un lumbago de moyenne intensité quatre grammes ont été donnés au début. On peut les prescrire en solution dans l'eau ou dans du sirop d'écorce d'oranges amères, en dosant la solution de telle façon que chaque cuiller à bouche contienne un gramme du médicament. Chaque cuillerée sera donnée délayée dans un demi-verre d'eau de Vichy ou bien dans du lait et prise à plusieurs heures d'intervalle, plus tard on pourra baisser la dose ou la remplacer par l'antipyrine mais seulement lorsque une amélioration sensible se sera manifestée. Chez les brightiques, les cardiaques, les alcooliques invétérés, le salicylate est contre-indiqué.

Dans bien des cas on se contentera du repos au lit ; enveloppement ouaté, quelques ventouses scarifiées dans la région lombaire avec le régime lacté, si la fièvre est intense.

CONCLUSION

I. — Le plus souvent, le lumbago n'est pas un rhumatisme musculaire.

II. — Il est parfois le symptôme d'une arthrite de voisinage, mais parfois aussi il reconnaît pour cause une lésion de la moelle ou de ses enveloppes.

III. — Cette lésion est essentiellement bénigne et passagère : il y a plutôt congestion que myélite ou méningo-myélite.

IV. — Elle peut dépendre de causes diverses : mais dans le plus grand nombre des cas il s'agit de rhumatisme.

V. — Aussi nous regardons le lumbago comme étant ordinairement une forme légère de rhumatisme spinal.

Vu par le président de la thèse

DEBOVE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARMANGAULD. — Du point apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale. Paris 1892.
- Archives générales de Médecine 1863. — Sur la congestion de la moelle épinière survenant à la suite de chute ou d'effort violent.
- Archives générales de Médecine 1858. — Epidémie de congestions rachidiennes observée à Niort.
- BALL. — Du rhumatisme spinal (thèse d'agrégation) 1866.
- BOUCHARD. — Dictionnaire Dechambre (art. Lumbago).
- BRISTOL (Medic. Chir.). — On the lumbago. J. 1896, XIV, page 304-307.
- DEBOVE ET ACHARD. — Traité de Médecine.
- DESNO. — Observation de congestion méningo-spinale a frigore (Gazette Méd. Paris 1870).
- EDGEWORTH. — The diagnostic and treatment of lumbago.
- FORT. — Réflexions sur la névralgie lombo-abdominale. Thèse de Paris, 1864.
- FEOLDE. — Contributions à l'étude des myalgies. Th. Paris, 1893-94.
- GAILLARD. — Rhumatisme spinal (Arch. gén. Méd., août, 1890).
- GRASSET. — Maladies du système nerveux.
- HADLEY. — Lumbago (Indiana, M. J., 1889-90, p. 48-54).
- HANOT. — Deux cas de rhumatisme musculaire aigu, avec symptômes graves, (août 1887).

- JACCOUD. — Pathologie interne I.
- HUTCHINSON . — Archives of Surgery april 1897. Diagnostic and locations of lumbago.
- JOHNSON. — A lecture on back ache and diagnostic of its various causes withe treatment (Bristol Médical-Journal. London, 1881).
- LAMY. — Lumbago articulaire. (Th. Paris, 1895-96).
- LAWSON. — Brachialgia, Sciatica and Lumbago (London 1872).
- LEONARDY. — Rhumatisme spinal (Tn. Paris 1868).
- MARTY. — Méningite spinale rhumatismale. (Gazette des hôpitaux).
- MEKEL. — A singular case of wound room (Méd-Rev. 1886).
- MORA. — Rhumatisme, Localisations spinales. (Th. Paris 1896).
- OLLIER. — Névrite ascendante et paralysies réflexes, Paris, 1881-82.
- OPPENHEIMER. — Lumbago. Its causes and treatment Louisville. Médical News.
- REVUE DE HAYEM 1879. — Quelques cas de rhumatisme spinal
- REVUE MÉDICALE. — Contribution à l'étude de l'origine nerveuse de l'arthrite rhumatismale, 22 nov. 1887.
- ROBIN. — The treatment of lumbago New-York Thérapeutic rev. 1895.
- ROBIN ET P. LONDE. — Torticollis et Lumbago d'origine articulaire et rhumatismal.
- ROCHE. — Dictionnaire de médecine pratique Art. Lumbago
- SPENCER. — Case of idiopathic inflammation of the spinal dura-mater (The Lancet 1879).

